Medical Eligibility
Determination Services
(MEDS)
PO Box 45531
Olympia WA 98504-5531

HealthyKidsNow!
HEALTHCARE FOR WASHINGTON'S KIDS

Teléfono de la Oficina 1-360-725-1788	Fecha
Número gratuito 1-800-204-6429	TTY/TDD: 1-800-204-6430
Identificación de Cliente	
Trabajador	Teléfono

¡Bienvenido al Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)!

Los niños nombrados a continuación son elegibles para los Servicios CHIP:	

(Si la información provista es incorrecta, por favor llame al 1-800-204-6429.)

Los servicios disponibles para los niños son visitas de control, prescripción de medicamentos, atención hospitalaria, servicios de laboratorio y radiografías, servicios dentales y oftalmológicos. Se ofrece una lista de beneficios adicionales en el folleto *Guía hacia CHIP*, junto a esta carta, o en la red en: http://maa.dshs.wa.gov/CHIP/.

CHIP tiene primas. Si no desea pagar primas, llame al 1-800-204-6429 o llene y envíe por correo el talón con el formulario al pie de esta hoja *(se incluye sobre de retorno con esta carta)*. Una vez que se comunicó con nosotros, la cobertura CHIP de su niño(s) será entonces cancelada. Si usted no llama o envía el talón con el formulario, recibirá la factura de la prima. Las primas son $10 mensuales por cada niño con un máximo de $30 por familia. Se ofrece más información sobre copagos y primas en su folleto *Guía hacia CHIP*.

Indígenas Americanos y Nativos de Alaska (AI/AN) no pagan primas. Debemos saber si su niño(a) es AI/AN para no enviarle la factura de la prima. Si su niño(a) es AI/AN y usted omitió marcarlo en su solicitud, por favor llame al 1-800-204-6429. Le enviaremos una carta para presentar ante su proveedor y no pagar copago.

Asegúrese de llenar y enviar por correo el formulario de suscripción a CHIP, con esta carta, para escoger cómo desea que su niño(s) obtenga cuidado a la salud. Si tiene preguntas llame al: 1-800-204-6429.

No deseo pagar primas

Nombre	**Identificación de Cliente**
Domicilio	
Por favor no inscriba a mi(s) niño(s) en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). No deseo pagar primas.	
Firma	**Fecha**